

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):

Paulo Roberto Oliveira Neto

Rua José Batista

José Bonifácio

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.600,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <i>Bradesco</i>
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

MORTE
NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou neto(na): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digitalizada
vítima/beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *José Bonifácio 19/10/2020*

Paulo Roberto Oliveira Neto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

TESTEMUNHAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2007/018 **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2637547, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO**, idade 23 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no 11/12/2019, na BR 101, Bairro: Costa e Silva- João Pessoa-PB, aproximadamente às 12h12min, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 29 de Julho de 2020.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Mat. 67.574-8

Marina Travassos Lopes
Matrícula: 67574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000038789-4

Nr. Autenticação

BRADESCO1011202005000000000237021080000003878994500 PAGO

 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Cirne, 220 - Jardim João Pessoa - PB CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.054/0001-87		PARA CONSULTA FONTE: CAGEPA ENDEREÇO SITE: NENHUM																						
		MATRÍCULA	1320432																					
		REFERÊNCIA	SET/2020																					
KETELEN REIANA FERREIRA PONTES RUA SÃO ESTEVÃO, SN - ALTO DO MATEUS, JOÃO PESSOA PB 58000-000																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th colspan="4">Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>Residencial</th> <th>Comercial</th> <th>Industria</th> <th>Fazenda</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>091.011.438.0079.000</td> <td>000</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável			Residencial	Comercial	Industria	Fazenda		091.011.438.0079.000	000	1	0	0	0	
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável																		
		Residencial	Comercial	Industria	Fazenda																			
091.011.438.0079.000	000	1	0	0	0																			
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto																				
V19F305.150	15/10/2019	EXT LACR	LIGADO	LIGADO																				
ANTERIOR + ATUAL + CONSUMO (492) / NÚM DE DIAS / PROXIMA LEITURA 63 69 6 31 11/10/2020 HIST. CONS. ATUAL: 69,000 QUALID. ÁGUA-ANEXO 29 PORT. 05/2017 HS. AGO/2020: 6 TURBICEZ JUL/2020: 6 CLORO JUN/2020: 6 PH MAI/2020: 6 COR ABR/2020: 6 COL. TOTAIS MAR/2020: 6 DADOS REFERENTES A: JUL/2020 MÉDIA(H): 6																								
DATA DA IMPRESSÃO: 12/09/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 17:25:08																								
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)																					
ÁGUA																								
RESIDENCIAL - UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA		6.16	37,91																					
ESGOTO																								
RESIDENCIAL - UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO		6.16	30,33																					
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,31 PIS E CONFINS-LEI 12.743/12 VENCIMENTO: 24/09/2020 Total a Pagar: R\$ 68,24																								
 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DE FATURAMENTO: REAL		TIPO DE TARIFA: I																						
INFORMAÇÕES GERAIS: SENHORES APENAS, INFORMAMOS QUE DEVIDO À PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVÍRUS) ESTAMOS DIFERENCIANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PRAIA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA.PB.GOV.BR)																								
 MENSAGEM DE PESQUISA		REFERÊNCIA: 1320432	DATA: 12/09/2020	TOTAL A PAGAR																				
		1320432	1320432	R\$ 68,24																				
Consulta: 7 00132043201-4 09/2020700001-2																								

Declaração do Proprietário do Veículo

Erik Wesley Ferreira Pontes

RG nº 397872, data de expedição 16/10/2011

Órgão SSBS, portador do CPF nº 40032662436, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua São Francisco, nº 365,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Paulo Roberto Alvesino Mto, cujo o condutor era
Paulo Roberto Alvesino Mto.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data:

João Pessoa, 31-08-2000

Erik Wesley Ferreira Pontes

Assinatura do Declarante

Paulo Roberto Alvesino Mto

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-011791

Reconhecido por autenticidade a firma de

ERIK WESLEY FERREIRA PONTES

Dia 18 de setembro de 2020, João Pessoa - PB - 31/08/2020 14:17
CPF: 300.326.624-36 RG: 397872-04 MARCA: RKK23868-1QVO

SELO DIGITAL

Confira a autenticidade da assinatura em <https://selodigital.tabelionato.com.br>

JOSÉ FRANCISCO DA SILVA - ESCREVENTE

Jose Francisco da Silva



tirada no moto g7 plus

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1633638656

foto g7 plus

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF

3986107

SSDS

PB

CPF

700.958.084-77

DATA NASCIMENTO

10/11/1996

FILIAÇÃO

PAULO ROBERTO OLIVEIRA
FILHO
LUCIANA BRAGA DE LIMA

PERMISSÃO



ACC



CAT.HAB.

AB

Nº REGISTRO

06784804297

VALIDADE

08/04/2021

1ª HABILITAÇÃO

26/01/2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
12/11/2019

VIA
1

CPF / CNPJ

70082662436

PLACA
OET9230/PB

RENAVAM
00365274682

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB.
2011

CAT. TARIF.
9

Nº CHASSI
9C2KD0540CR501225

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
P A G O

S COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
30/10/2011

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19551-0828559-20191112



tirada no motor g7 plus
2011-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389611 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO Data do acidente: 11/12/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA. P.1,11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.1 ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309293/20

Vítima: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

CPF: 700.958.084-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/12/2019

Titular do CPF: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO : 700.958.084-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2020
Nome: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO
CPF: 700.958.084-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389611

Vítima: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **237**

Agência: **000002108-3**

Conta: **000000038789-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

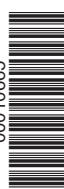
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):

Paulo Roberto Oliveira Neto

Rua José Batista

José Bonifácio

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.600,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <i>Bradesco</i>
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

MORTE
NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou neto(na): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, *José Bonifácio 19/10/2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: Nº 19068307B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



tirada no moto g7 plus



PROIBIDO PLASTIFICAR

1633638656

OBSERVAÇÕES

A;
EAR;

Márcio Ribeiro da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL:

JOÃO PESSOA, PB

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

DATA EMISSÃO

05/02/2018

88022621665
PB036227420

DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 015456422020 PRT 20190000510654-3	
VIA	OÓD-RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0036527468-2	00/00000000	2019
NOME			
ERIK WESLEY FERREIRA PONTES			
CPF / CNPJ		PLACA	
70082662436		OET9230/PB	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
NOVO	PB	9C2KD0540CR501225	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/NXR150 BROS ESD		2011	2011
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI		PARTIC	PRETA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA		00/00/0000	1 ^o
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS		2 ^o
*****	0		3 ^o
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	PPA-GOF	30/10/2019
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
JOAO PESSOA-PB		LOCAL	DATA
41955			12/11/2019



Avalek
Assentaria Viária da Serra
Divisão Superintendente - DETRAN-PB





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19068307B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 11/12/2019 Hora: 11:50 Município: JOAO PESSOA/PB
BR: 101 KM: 89,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: R. KELLY, 1990369

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Múltipla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 11/12/2019 às 11:50, na Cidade de João Pessoa, na altura do Km 89 da BR101 sentido Crescente da Via ocorreu um acidente do Tipo Colisão Transversal, envolvendo uma motocicleta Honda Bros (V1) e um Chevrolet Classic (V2) e vitimando gravemente o condutor de V1. O acidente ocorreu quando V2 seguia pela BR101 na faixa Central e V1 ao sair do acesso lateral direito, cruzou a Rodovia, não observando os veículos que já seguiam na via, colidindo na Frente/Lateral Direita de V2. Após análise dos vestígios encontrados no local do acidente é possível concluir que o fator determinante do acidente foi a ação de V1 de não ter atenção a condução.Obs:1- Condutor teve o pré-atendimento hospitalar feito pela Equipe PRF.2- Condutor encaminhado ao Hospital de Traumas pelo SAMU.3 - Os dois condutores foram submetidos ao teste do etilômetro que indicou valor ZERO para ambos.4 - Velocidade Regulamentar da Via de 50 Km/h.5 - Ponto de colisão de (7.180612, 34.900673)



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191

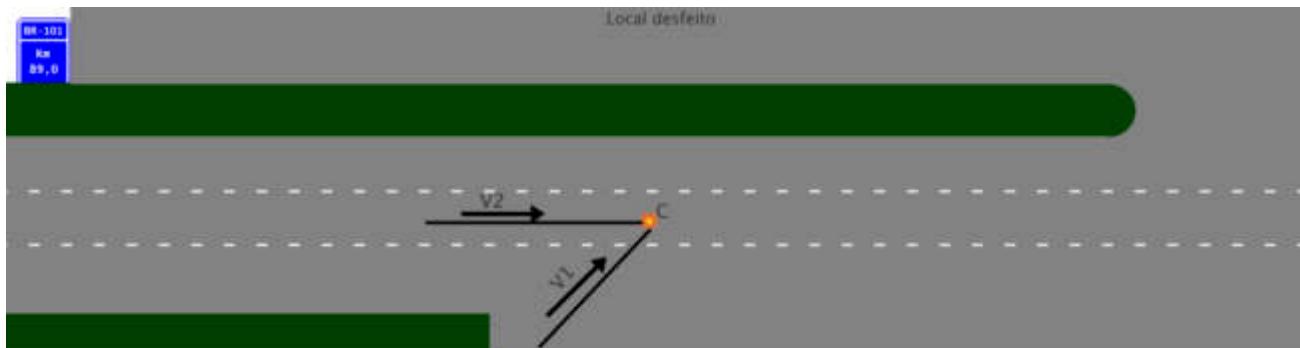


tirada no moto g7 plus



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19068307B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



50 VELOCIDADE REGULAMENTAR DA VIA

C - PONTO DE COLISÃO (7.18061, 34.90067)

← JOÃO PESSOA

RECIFE →

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	11/12/2019 11:50	11/12/2019 12:15



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

DADOS DE NASCIMENTO 10/11/96

NOME DA MÃE LUCIANA BRAGA DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.209.605

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 11/12/19

HORA DO ATENDIMENTO 12:53

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA E + TRAUMATISMOS
MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 00.9 + S 82.2 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão car x moto), trazido pelo SAMU, apresentando história de sincope pilotando, dor na coluna, dor no membro inferior E com imobilização + dor no tornozelo E + ferimentos no pé com suspeita de fratura exposta. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX da coluna cervical - AP e P

RX do tórax - AP

RX da perna E - AP e P

USG do abdômen total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise da tíbia E sem desvio ao RX. Sem alteração à TC e aos outros RX. Realizado atendimento e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia, Neurocirurgia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 11/12/19

DATA DE EMISSÃO: 18/06/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19068307B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - OET9230 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: OET9230 Marca/modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD Renavam: 00365274682
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9C2KD0540CR501225 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista
Informações complementares: Veículo entregue ao Senhor MARCELO BORGES DE SOUTO CPF: 674.799.104-44 no veículo Strada de Placas OEX-0828.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



Identificação do paciente

ID: 1465557	Nome: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	Sexo: Masculino
Data de nascimento: 18/11/1996	Idade: 23 anos 1 mes 1 dia	Estado civil: Solteiro
Mae: LUCIANA BRAGA DE LIMA	Pai: PAULO ROBERTO OLIVEIRA FILHO	
Endereço:	Responsável (Parentesco): MARCELO BORGES DE SOUTO - ACOMPANHANTE	
DDD Celular: 83	Celular: 981442407	DOD: Número Crm:
Tipo documento: CPF	Número documento: 70095808477	UF: PB
Local de procedência: RR 101		CEP: 58090750
Email:	Naturalidade: JOÃO PESSOA	Bairro: ALTO DO MATEUS
Endereço	Complemento: CARLOS ANDRÉ	
CEP: 58090750	Município de residência: JOÃO PESSOA	UF: PB
Número: SN		Logradouro: ALTO DO MATEUS

Admissão

Data e Hora: 11/12/2019 12:53:52	Número da pulseira: 1000007190260	Convênio: SUS
-------------------------------------	---	------------------

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Classificação de risco:

Caráter de atendimento:	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente: RODOVIA
		Detalhe do acidente: VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Plano de saúde: Não	Via de ambulância: Não	Trauma: Não
Merc de transporte: SAMU		Gênero de transporte:	

Sinais Vitais

PA: X	mmHg	P脉: PAUSA	Temperatura: 36.5
-----------------	------	---------------------	-----------------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	ULTRASONOGRAFIA []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados diretos:

*Atordoado, comumente sonolento,
não responde aos estímulos.*

Diagnóstico:

Assistido por:
MARINÉLE JANAINA DA COSTA GAMA

CID:
65

Tempo:
04min 07seg

Imprimir

*LS
For me to further explore*



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ESD

Placa: OET9230

Nº BOAT: 19068307B01

Nome do Agente: R. KELLY

Matrícula do Agente: 1990369

Data: 11/12/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi		X		
6	Garfo traseiro		X		
7	Eixo traseiro (triciclos)		X		

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



17/12

17/12

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	<input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> USA	Nº / Equipe	Planta:	Hora de Saída do Local	Hora de Chegada no Local
		<input type="checkbox"/> MT			<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/> Noite	17:25 Hs

Nome Usuário	Vitorinha Nogueira	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
--------------	--------------------	-------	------------------------------------	-----------------------------------

Local da Ocorrência:	<input type="checkbox"/> João Pessoa	<input type="checkbox"/> Santa Rita	<input type="checkbox"/> Bayeux	<input type="checkbox"/> Cabedelo	<input type="checkbox"/> Bento	<input type="checkbox"/> Outro:
----------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Logradouro:	Rua B A 207	Edifício:	Médico Regulador
-------------	-------------	-----------	------------------

Quantidade de vítima(s) no local:	<input type="checkbox"/> Uma	<input type="checkbox"/> Duas	<input type="checkbox"/> Três	<input type="checkbox"/> Mais de três:
-----------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--

Apoio no Local:	<input type="checkbox"/> SAMU	<input type="checkbox"/> USA	<input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Resgate PRF	<input type="checkbox"/> BPTRAN	<input type="checkbox"/> Outro:
-----------------	-------------------------------	------------------------------	--	-----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

QTA:	<input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros	<input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros	<input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local	<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Outro:
------	--	--	---	--------------------------------	---------------------------------

DESTINO DO PACIENTE:	<input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado	<input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar	<input type="checkbox"/> Óbito no Local	<input type="checkbox"/> Outro Durante o atendimento
----------------------	---	---	---	--

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem: _____		
Responsável: _____			
Hospital de Destino: _____			
Responsável: _____			
ANTECEDENTES			
<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo <input type="checkbox"/> Quais? _____			
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Alogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Socoamento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			

1. DADOS VITais	P.A.: 720x80	FC: 33	FR: _____	HGT: _____	SpO2 - S/02: 95%	SpO2 - C/02: _____
-----------------	--------------	--------	-----------	------------	------------------	--------------------

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEDAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Diagnósticos da Enfermagem:

Intervenções:

Evolução da Enfermagem:

Presente paciente fumante, suspeito, afilhado, com história de desmaio (desmaio ao lado de sua sogra que é diabetica e tem pressão alta, 51% de SAMU).
A evolução foi feita o primeiro momento e conseguindo chegar ao hospital.
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: medicar, com doses normais, hidratar.

Observações: negativo (em rede) por insulina somente para a HGBA1c.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19068307B01

V1 - Proprietário

Nome: ERIK WESLEY FERREIRA PONTES
Email:
Endereço: JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ: 700.826.624-36
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

V1C - Informações

Nome: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO
CPF: 700.958.084-77
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 10/11/1996
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB Primeira habilitação: 26/01/2017 Nº Registro: 06784804297
UF: PB Vencimento da habilitação: 08/04/2021 Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15A

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA TAVARES DE ARAUJO, 58, OITIZEIRO, JOAO PESSOA-PB
Telefone: 83986666420 Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico Tipo de Receptor: SAMU
Informações complementares: Condutor Socorrido pelo Samu para o Hospital de Traumas.

V2 - VEÍCULO 2 - OET7880 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: OET7880 Marca/modelo: CHEVROLET/CLASSIC LS Renavam: 00364409606
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9BGGSU19F0CC142906 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Prata
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 519, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031690
Tel: 32165790 - CNES: 2593262

Paciente: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	BAE 1299605	Data/Hora Entrada: 11/12/2019 12:53:52	Data Baixa
Data de nascimento: 10/11/1996	Idade: 23a 1m 1d	Sexo: Masculino	CNS:
Mais: LUCIANA BRAGA DE LIMA			Telefone da Contato: (83) 981442407
Endereço: CARLOS ANDRÉ, SN	Bairro: ALTO DO MATEUS	Município: JOÃO PESSOA	Prontuário
Acidente: VEÍCULO X MOTO	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional: FERNANDO RAMALHO DINIZ	UF: PB
Data/Hora Classificação: 11/12/2019 12:53:52		Data/Hora Prescrição: 11/12/2019 13:13:49	Nº Cons. Regional: 2797/PB

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SINCOPE PILOTANDO, VITIMA DE ACIDENTE CARRO/MOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNozELO ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PÉ, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AÉREAS PÉRVIAS SEM CERVICALGIA, COLUNA IMOBILIZADA COM PRANCHAS RÍGIDAS E COLAR CERVICAL, AR: MV + AHT SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS, EUPNÉICO AC, BONF SI/ SÓPLOS, RCR 21, PAS > 90 ATIVO, ECG 15, VIGIL, PUPILLAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARECERES NCR/ORTO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: API/PERFIL)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(2797/PB)

Enfermeiro



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, SIN, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165788 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	1209665	11/12/2019 12:53:52	
Data de nascimento	Idade		
10/11/1996	23a 1m 1d		
Mês			
LUCIANA BRAGA DE LIMA			
Endereço	Bairro	Município	
CARLOS ANDRÉ, SN	ALTO DO MATEUS	JOAO PESSOA	
Acidente	Motivo	Profissional	
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	
Data/Hora Classificação			
11/12/2019 12:53:52			

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE PILOTANDO, VITIMA DE ACIDENTE CARRO/MOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PÉ, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AEREA PÉVIAS SEM CERVICALGIA, COLUNA IMOBILIZADA COM PRANCHAS RÍGIDAS E COLAR CERVICAL, AR: MV + AH: SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS, EUPNÉICO AC: BCNF S/ SOPROS, RCR JT: PAS > 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOOR À PALPAÇÃO, BACTIA ESTAVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. ECG 15, VIGIL, PUPILLAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARECERES NCR/ORTO CIRURGIA GERAL: FAST NORMAL E SEM QUEIXAS CONDUTA: ALTA DA CIRURGIA GERAL.

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(2882/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:59



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19068307B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / CHEVROLET/CLASSIC LS

Nome do Agente: R. KELLY

Placa: OET7880

Matrícula do Agente: 1990369

Nº BOAT: 19068307B01

Data: 11/12/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais		X		
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo		X		
12	Longarina traseira esquerda		X		
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X		
14	Longarina traseira direita		X		
15	Caixa de roda traseira direita		X		
16	Estrutura da coluna traseira direita		X		
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito		X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Pequena



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 511, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165790 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Date Baixa
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	1209605	11/12/2019 12:53:52	
Data de nascimento:	Idade	Sexo	Telefone de Contato
16/11/1996	23a Fm 1d	Masculino	(83) 981442497
Mãe			Prontuário
LUCIANA BRAGA DE LIMA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CARLOS ANDRÉ, 511	ALTO DO MATEUS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Professional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	6018/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
11/12/2019 12:53:52		11/12/2019 16:55:38	

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO APOS SINCOPE; NEGA CEFALÉIA, REFERIU DOR NO MIE, AO EXAME GLASGOW 15, SEM DEFÍCIT MOTOR, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, FRATURA EXPOSTA NO MIE, CD TC DE CRANIO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
(- 6018/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:59



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE o trabalho

Endereço: RUA DRESTES LISBOA, 515, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32168798 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Beira
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	1209605	11/12/2019 12:53:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
10/11/1996	23a 1m 1d	Masculino	(83) 991442407
Mãe			Prontuário
LUCIANA BRAGA DE LIMA			
Enderço	Bairro	Município	UF
CARLOS ANDRÉ, SN	ALTO DO MATEUS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEÍCULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	6628/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
11/12/2019 12:53:52		11/12/2019 20:27:59	

ANAMNESE

*****NEUROCIRURGIA***** ACIDENTE DE MOTO; NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO OU FRATURAS INTRACRANIANAS. RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL ATÉ C6 SEM SINAIS DE FRATURAS. NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL. DOR EXCLUSIVA EM Perna ESQUERDA CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA, LIBEROU PARA ORTOPEDIA (FRATURA DE TIBIA).

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Assinatura do médico: *[Assinatura]*

Assinatura do enfermeiro: *[Assinatura]*

Enfermeiro: RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:59



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V2 - Proprietário

Nome: GENIVAL ALVES DOS SANTOS
Email:
Endereço: ALHANDRA-PB

CPF/CNPJ: 759.235.644-91
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ROSEMEIRE SILVA NOGUEIRA

V2C - Informações

Nome: ROSEMEIRE SILVA NOGUEIRA
CPF: 893.398.864-53
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 02/05/1973
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
UF: PB
Observações CNH: A

Primeira habilitação: 26/06/2015
Vencimento da habilitação: 09/02/2020

Nº Registro: 06399609454
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA RIACHO, SN, CASA, CENTRO, ALHANDRA-PB
Telefone: 83999328840

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONÇALVES, JOÃO PESSOA - PB, 58031000
 Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Date Baixa
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO		1209685	11/12/2019 12:53:52	
Data de nascimento	Idade			Telefone do Contato
10/11/1998	23a 1m 1d	Sexo		(83) 981442407
Mês		Masculino	CNPJ	Prontuário
LUCIANA BRAGA DE LIMA.				
Endereço	Bairro	Município	UF	
CARLOS ANDRÉ, SN	ALTO DO MATEUS	JOÃO PESSOA	PB	
Acidente:	Motivo	Profissão:	NP Cons. Regional	
VEÍCULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ODBRON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO	6688/PB	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
11/12/2019 12:53:52		11/12/2019 20:45:19		

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SINCOPE PILOTANDO, VITIMA DE ACIDENTE CARRO/MOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNозELO ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AÉREAS PERVERIAS SEM CERVICALGIA, COLUNA IMOBILIZADA COM PRANCHAS RÍGIDAS E COLAR CERVICAL, AR: MV + AHT SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS, EUPNÉICO AC: BCNF SI: SOPROS, RCR 27, PAS = 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOLOR À PALPACAO, BACTIA ESTAVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. ECG 15, VIGIL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARECERES NC/ORTO CIRURGIA
 (11/12/2019 13:12:45-FERNANDO RAMALHO DRW)

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SINCOPE PILOTANDO, VITIMA DE ACIDENTE CARRO/MOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNозELO ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AÉREAS PERVERIAS SEM CERVICALGIA, COLUNA IMOBILIZADA COM PRANCHAS RÍGIDAS E COLAR CERVICAL, AR: MV + AHT SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS, EUPNÉICO AC: BCNF SI: SOPROS, RCR 27, PAS = 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOLOR À PALPACAO, BACTIA ESTAVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. ECG 15, VIGIL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARECERES NC/ORTO CIRURGIA GERAL: FAST NORMAL E SEM QUEIXAS CONDUITA: ALTA DA CIRURGIA GERAL
 (11/12/2019 16:05:52-MARCOS ANTONIO CANELANTE FURTADO)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO APOS SINCOPE-NEGA CEFALÉIA;REFERE DOR NO MIE, AO EXAME GLASGOW 15,SEM DEFÍCIT MOTOR,EUPNÉICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL,FRATURA EXPONSTA NO MIE. CD:TC DE CRANIO
 (11/12/2019 16:55:38-MAURO DE FREITAS GUERRA TERNA)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO APOS SINCOPE-NEGA CEFALÉIA;REFERE DOR NO MIE, AO EXAME GLASGOW 15,SEM DEFÍCIT MOTOR,EUPNÉICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL,FRATURA EXPONSTA NO MIE. CD:TC DE CRANIO
 (11/12/2019 16:57:39-MAURO DE FREITAS GUERRA TERNA)
 ****NEUROCIRURGIA**** ACIDENTE DE MOTO; NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFÍCIT APENDICULAR. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO OU FRATURAS INTRACRANIANA RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL ATÉ CD SEM LIBERO PARA ORTOPEDIA (FRATURA DE TIBIA)
 (11/12/2019 20:27:30-RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO)

Ortopedia trauma perna com fratura diafisaria de tibia sem desvio cd: gesso + alta seguimento ambulatorial
 (11/12/2019 20:45:19-RODRIGO DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, DURANTE 24 HORAS(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V, AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TD / FLEXAO), (INDICAÇÕES CLÍNICAS, A./P/PERFIL)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA

ULTRASSOMOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CURATIVO

PROCEDIMENTO

CID10

S82.2 - Fratura da diáfise da tibia
T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cr. Iogno
CRM 8188 - TECI-12957

Enfermeiro

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
(- 8888/PB)

Data: 11/12/19 20:45:19
Usuário: ODILON DE
Boleto: 1209605


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO Motivo do Atendimento:	Data de Nascimento: 10/11/1996 Enfermaria / Leito	Idade: 23a 1m 1d	Sexo: MASCULINO	Nº: 1209605	Nº Prontuário:	Data Prescrição: 11/12/2019 20:45:19	
Convenio: SUS				Validade da Prescrição: 11/12/2019 20:45:00 - 12/12/2019 20:45:00		Senha:	
Nome do medicamento:		Matrícula					
		Data da entrada: 11/12/2019 12:53:52	Data da Internação:		Permanência na: 7h 52min	Permanência no:	
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. inf.	Pos	Aprazamento
1 CURATIVO	0,0						

Reimpresso por:
Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - FCT 12657

Assinatura e Carimbo do Profissional

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
CRM: 6688



Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	23A 1M 1D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1209605	11/12/2019 12:53:52	19min
Convênio	Leito	Clinica
SUS		CIRURGIA GERAL

— Parecer médico —

Especialidade Profissional

NEURO CIRURGIA

Motivo da solicitação Data da Solicitação: 11/12/2019 13:12:42

POLITRAUMA

Parecer Data de Resposta:



Parecer Médico		
Nome PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	Idade 23A 1M 1D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1209605	Data de Entrada 11/12/2019 12:53:52	Data Internação 20min
Convênio SUS	Leito	Clinica CIRURGIA GERAL
Permanência na Unidade Permanência no Leito		
Parecer médico		
Especialidade ORTOPEDIA	Profissional	
Motivo da solicitação POLITRAUMA	Data da Solicitação: 11/12/2019 13:13:14	
Parecer	Data de Resposta:	

Alexandre Kamal
CRM 1.021
Ortopedista
Endocrinologista
Video Laparoscópica
Cirurgia Geral



Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	23A 1M 1D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1209605	11/12/2019 12:53:52	Permanência na Unidade
Convênio	Leito	18min
SUS		Permanência no Leito
CIRURGIA GERAL		

Parecer médico

Especialidade Profissional

CLINICA MEDICA

Motivo da solicitação Data da Solicitação: 11/12/2019 13:11:41

SINCOPE

Parecer Data de Resposta:



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Santos - São Paulo - Brasil

GOVERNO
DA PARÁBA
SEGUE
O Malhado

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 564137

**GOVERNO
SEGUE
DA PARÁBA
o Trabalho**

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO		
Data de Nascimento 10/11/1986	Nº Boletim Emergencia 1209605	Prontuario
Material a examinar		

de eenen Gedenk-

RAIOS-X

TIPO	<u>... ...</u>
HORA	<u>13.39</u>
NOME IC RAIO	<u>Susana</u>
ASS.	<u>... ...</u>

Riunipresso 1997

Assinatura e Currículo do Professor

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL - TO / FLEXAO)
(APPERFIL)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERIFIL)
RADIOGRAFIA DE PERNAS ESQUERDA
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

Data Prescrição:

ESTER

DOK
Maurice Arroo, Edmundo
Tinoco y Gómez, 1936-1944

Nome

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 564244

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Data de Nascimento

10/11/1996

Material a examinar

Nº Boletim Emergência

1209805

Prontuário

Material a examinar

Data Prescrição:

11/12/2019 16:55:36

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA	
CRÂNIO	
TIPO ...	11/12/19
DATA ...	18:03
HORA ...	
NOME DOUTOR RAD.:	J. JOSLEY
ASS.:	

Reimpresão por:
dia:

Dra. Rosane G. Góes
Neurologista
CRM-PB 03010



Atendimento: 201932542940

Data Nasc: 10/11/1996 - 23 anos

Paciente: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Data Exame: 11/12/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.
Não há sinais de coleções extra-axiais.
Calota craniana sem alterações.
Cavidades paranasais visibilizadas sem alterações significativas.

Este laudo foi liberado em 12/12/2019 17:39.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165790 - CNES: 2593262



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

RG

FOI ATENDIDO (A) POR ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO

DO (A) CONSULTÓRIO ORTOPEDIA

NO DIA **11/12/2019 20:39:16**

, NECESSITANDO DE **90** - noventa

DIA(S) DE REPOSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: S82.2

T14.9

T14.9

T14.9

T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAIS E DATA:

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia
Santos
Odilon de Almeida Rodrigues Filho
(GRRP/PB)

tirada no moto g7 plus

HEETSHI - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Palo Roberto Oliveira portador(a) da identidade RG Neto, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 982-2 horas, portador(a) da patologia CID-10 S00, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (semana) dias, a partir desta data.

Dr. Rômulo Soares de Castro
João Pessoa,
033.002833 / CRM/PB/2833
CPF: 181.533.594-68

11/05/2020

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1^a VIA-PACIENTE

2^a VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Paulo Roberto Oliveira portador(a) da identidade RG Nº 10, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9:00 horas, portador(a) da patologia CID-10 G82.2, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 (Noventa) dias, a partir desta data.

Dr. Rômulo Soares
033.0028.3
CPF: 161.555.555-55

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1